

Creemos que la reexposición de forma aislada al excipiente de aroma del melocotón que contiene Rivotril solución® a estas 2 pacientes podría aclarar dudas, aunque no nos parece pertinente.

Bibliografía

1. Reyes Balaguer J, Melchor Penella A, Guzmán Roa MA. Consideraciones a la hipersensibilidad al aroma de melocotón como excipiente. *Aten Primaria*. 2015;47:471-2.
2. Roth Damas P, Sempere Manuel M, Vivas Maiques C, Palop Larrea V. Hipersensibilidad al aroma de melocotón como excipiente. *Aten Primaria*. 2014;46:50-1.
3. Meyboom RHB, Royer RJ. Causality classification at pharmacovigilance centres in the European Community. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 1992;1:87-97.
4. Sempere E, Palop V, Bayón A, Sorando R, Martínez-Mir I. Calidad de las publicaciones de reacciones adversas a medicamentos en la sección de Cartas al Director. 2006;37:187-92.

Patricia Roth Damas^{a,*}, Mara Sempere Manuel^b, Cristina Vivas Maiques^c y Vicente Palop Larrea^d

^a *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Benifaió, Departamento de Salud de La Ribera, Alzira, Valencia, España*

^b *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Algemesí, Departamento de Salud de La Ribera, Alzira, Valencia, España*

^c *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Luis Oliag, Departamento de Salud de Dr. Peset, Valencia, España*

^d *Medicina Familiar y Comunitaria, Coordinador de la Unidad de Fibromialgia y Fatiga Crónica, Hospital de la Ribera, Subdirección Asistencial, Departamento de Salud de La Ribera, Alzira, Valencia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: p.rothdamas@gmail.com (P. Roth Damas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.11.011>

Balneoterapia en la artrosis



Balneoherapy in osteoarthritis

Sr. Director:

Hemos leído con interés el trabajo titulado «Tratamiento del paciente con artrosis» de Vargas Negrín et al.¹, publicado en *ATENCIÓN PRIMARIA*, y nos ha llamado la atención que, entre los agentes físicos que recomiendan, citan, a nuestro juicio de manera irrelevante, la balneoterapia (BT), lo que nos ha animado a hacer los siguientes comentarios.

Recientemente, la Sociedad Internacional de Investigación en Osteoartritis (OA) ha publicado nuevas directrices para el tratamiento no quirúrgico de la OA de rodilla², elaboradas por un equipo multidisciplinar de 13 expertos de 10 países de 3 continentes y basadas en guías previas y revisiones sistemáticas, que ofrecen a médicos y pacientes la evidencia científica necesaria para el tratamiento de la OA de rodilla con un enfoque personalizado, atendiendo al momento de evolución y las necesidades o preferencias del paciente. Se incluye, entre otros, como tratamiento de elección la BT en casos de OA poliarticular con morbilidades asociadas como diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal, enfermedad hemorrágica gastrointestinal o trastornos que limiten la actividad, incluyendo la obesidad.

Entre los trabajos recientes sobre BT en OA, destaca el metaanálisis de Liu et al.³ sobre el efecto analgésico de los peloides (barros minerales) comparados con un grupo control en pacientes con OA de rodilla, con un total de 7 trabajos revisados (410 pacientes), y que concluye que los peloides son una opción favorable para el tratamiento de la OA de rodilla, con una mejoría significativa tanto del dolor como de la rigidez y la limitación funcional características.

Por otra parte, Tenti et al.⁴ han publicado en 2014 una revisión sistemática sobre la indicación de la BT en OA de rodilla, que incluye 14 ensayos clínicos aleatorizados y 1.198 pacientes, en la que concluyen que posee un efecto beneficioso sobre el dolor, la funcionalidad y la calidad de vida, que perdura más allá de entre 6 y 9 meses tras finalizar el tratamiento.

Entre todos los trabajos publicados sobre el tema, queremos destacar el ensayo clínico multicéntrico realizado por Forestier et al.⁵. Se incluyó a 382 pacientes, de los que 195 recibieron, además del tratamiento habitual para la OA de rodilla y la realización de ejercicios en domicilio como el grupo control, 18 días de tratamiento termal (masajes, duchas, sesiones en piscina, peloides), mostrando un mayor beneficio sobre el dolor y la funcionalidad a los 6 meses de finalizar el tratamiento que el grupo control, ofreciendo además una tolerancia excelente.

Por último, también deseamos mencionar el estudio de Fioravanti et al.⁶, un ensayo clínico simple ciego sobre los efectos a corto y largo plazo de la cura termal en el manejo de la OA de rodilla, en que se incluyó a 80 pacientes, 40 de los cuales recibieron una cura termal 2 semanas además del tratamiento habitual. Los resultados mostraron una mejoría superior en el dolor y escalas de valoración funcional, así como en el consumo de medicamentos, hasta los 9 meses de seguimiento postratamiento que no se observó en el grupo control, con una excelente tolerabilidad.

Por todo lo anterior, consideramos que la BT debe tenerse en cuenta a la hora de valorar el más idóneo y completo tratamiento de la OA, máxime conociendo la existencia en nuestro país de programas socio-sanitarios de termalismo, como los del IMSERSO, que, en sus 25 años de existencia, han beneficiado a más de 2 millones y medio de personas, de las cuales el 90% ha recibido tratamientos para su OA.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

No existen.

Bibliografía

1. Vargas Negrín F, Medina Abellán MD, Hermosa Hernán JC, de Felipe Medina R. Tratamiento del paciente con artrosis. *Aten Primaria*. 2014;46 Suppl 1:39–61.
2. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM, et al. OARSÍ guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthr Cartil*. 2014;22:363–88.
3. Liu H, Zeng C, Gao SG, Yang T, Luo W, Li YS, et al. The effect of mud therapy on pain relief in patients with knee osteoarthritis: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Int Med Res*. 2013;41:1418–25.
4. Tenti S, Cheleschi S, Galeazzi M, Fioravanti A. Spa therapy: Can be a valid option for treating knee osteoarthritis? *Int J Biometeorol*. 2014, doi:10.1007/s00484-014-0913-6.
5. Forestier R, Desfour H, Tessier JM, Françon A, Foote AM, Genty C, et al. Spa therapy in the treatment of knee osteoarthritis:

A large randomised multicentre trial. *Ann Rheum Dis*. 2010;69:660–5.

6. Fioravanti A, Iacoponi F, Bellisai B, Cantarini L, Galeazzi M. Short- and long-term effects of spa therapy in knee osteoarthritis. *Am J Phys Med Rehabil*. 2010;89:125–32.

Carla Morer^{a,*}, Dolors Tenas^b,
Maria Antonia López-Fernández^c y Francisco Maraver^d

^a *Medicina de Familia y Comunitaria e Hidrología Médica, Centro de Atención Primaria Horta 7D, Barcelona, España*

^b *Medicina de Familia y Comunitaria e Hidrología Médica, Centro de Atención Primaria Tordera, Tordera, Barcelona, España*

^c *Medicina de Familia y Comunitaria e Hidrología Médica, Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Molina de Segura, Molina de Segura, Murcia, España*

^d *Hidrología Médica, Escuela Profesional de Hidrología Médica, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cmorer.bcn.ics@gencat.cat (C. Morer).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.010>

Respuesta de los autores



Author's reply

Sr. Director:

Agradecemos los comentarios realizados por Morer et al.¹ referidos a la indicación de la balneoterapia en el tratamiento de la artrosis aparecida en nuestro artículo². La balneoterapia (o crenoterapia) es un conjunto de tratamientos utilizados para curar enfermedades o conservar la salud por medio de la aplicación de las aguas mineromedicinales junto a las circunstancias ambientales propias del lugar de cura (balneario), hay que considerar conjuntamente las acciones debidas al agua mineral y a las circunstancias ambientales donde emergen las aguas (factores climáticos, higiénico-dietéticos, psíquicos, ejercicio físico-reposo, etc.), lo que se denomina cura balnearia. Hay diferentes modalidades de aplicación que incluyen técnicas sin presión (envolturas, compresas, fomentos, abluciones o lavados, baños con agua durmiente), técnicas con presión (afusiones, duchas, chorros), técnicas mixtas (ducha-masaje, baños de remolino, baños con burbujas, chorro manual subacuático) y otras como aplicaciones de agua con aditivos, peloides-parapeloides, baños de vapor y de aire caliente, crenocinesiterapia/hidrogimnasia, cura de Kneipp, métodos fisioterápicos complementarios (hidrocinesiterapia en seco,

masoterapia, termoterapia, crioterapia, electroterapia)³. Los mecanismos por los cuales la inmersión en aguas minerales/termales o la aplicación de barro alivian los síntomas de la artrosis y de otras enfermedades reumáticas no se conocen completamente. Probablemente sea resultado de una combinación de factores (mecánicos, térmicos y químicos) que intervienen sobre los procesos inflamatorios y mecanismos del dolor³. La balneoterapia desde tiempos remotos ha sido ampliamente recomendada para enfermedades reumáticas como artrosis, artritis crónicas inflamatorias (artritis reumatoide, espondilitis anquilosante,...), reumatismos de partes blandas, fibromialgia,..., y tal como indican estudios realizados en diferentes países europeos, y extensibles a nuestro país, alrededor del 40% de la clientela general de los centros termales lo constituyen pacientes reumáticos. En nuestro país el Programa de Termalismo Saludable para personas mayores del IMSERSO destinará durante el año 2015 unos 36 millones de euros para 210.500 plazas ofertadas, que junto a la aportación particular de los usuarios en función del plan y lugar elegido suman una cuantía significativa que tiene también repercusiones sociales y laborales para los centros y profesionales que trabajan en este sector.

En nuestro artículo señalamos que en el paciente con artrosis, aunque con evidencia científica débil, las aguas termales (31-34 °C) producen efectos beneficiosos en dolor, calidad de vida y disminución en la toma de AINE comparada con placebo. En una reciente revisión de las guías clínicas publicadas desde 2000 a 2013 sobre terapia física para el manejo de la artrosis, solo 2 hacen una recomendación fuerte de la balneoterapia/spa⁴. Esta revisión no incluyó la actualización de la NICE 2014, que no comenta nada sobre